FORMATTING DATE: 09 June 2016
TRANSLATION DATE: 29 Jan 2015

DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS
OUT-OF-POCKET HEALTH EXPENDITURES MODULE
MODEL HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE

[NAME OF COUNTRY]
[NAME OF ORGANIZATION]

IDENTIFICATION (1)

PLACE NAME _____

NAME OF HOUSEHOLD HEAD _____

CLUSTER NUMBER . . . . . | | | | |

HOUSEHOLD NUMBER . . . . . | | | | |

HOUSEHOLD SELECTED FOR MAN'S SURVEY? (1=YES, 2=NO) . . . . . |_|

INTERVIEWER VISITS

	1	2	3	FINAL VISIT
DATE				DAY
				MONTH
				YEAR
INTERVIEWER'S NAME				INT. NO.
RESULT*				RESULT*
NEXT VISIT: DATE				TOTAL NUMBER OF VISITS
TIME				

*RESULT CODES:

1 COMPLETED
2 NO HOUSEHOLD MEMBER AT HOME OR NO COMPETENT RESPONDENT AT HOME AT TIME OF VISIT
3 ENTIRE HOUSEHOLD ABSENT FOR EXTENDED PERIOD OF TIME
4 POSTPONED
5 REFUSED
6 DWELLING VACANT OR ADDRESS NOT A DWELLING
7 DWELLING DESTROYED
8 DWELLING NOT FOUND
9 OTHER _____ (SPECIFY)

TOTAL PERSONS IN HOUSEHOLD

TOTAL ELIGIBLE WOMEN

TOTAL ELIGIBLE MEN

LINE NO. OF RESPONDENT TO HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE

LANGUAGE OF QUESTIONNAIRE** 0 2 | LANGUAGE OF INTERVIEW** | | NATIVE LANGUAGE OF RESPONDENT** | | TRANSLATOR (YES = 1, NO = 2) |_|

LANGUAGE OF QUESTIONNAIRE** **FRENCH**

**LANGUAGE CODES:
01 ENGLISH
02 FRENCH
03 LANGUAGE 3
04 LANGUAGE 4
05 LANGUAGE 5
06 LANGUAGE 6

SUPERVISOR		FIELD EDITOR		OFFICE EDITOR	KEYED BY
NAME	NUMBER	NAME	NUMBER	NUMBER	NUMBER

Note: Brackets [ ] indicate items that should be adapted on a country-specific basis.

COLUMNS TO ADD TO HOUSEHOLD SCHEDULE:

INPATIENT		OUTPATIENT		
21	**22**	**23**	**24**	**25**
Au cours des six derniers mois, est-ce que {NOM} a été hospitalisé dans un établissement de santé ?	CIRCLE LINE NUMBER OF HOUSE-HOLD MEMBER ELIGIBLE FOR IN-PATIENT MODULE. CHECK COLUMN 21: CODE '1' 'YES' CIRCLED.	Dans les quatre dernières semaines, est-ce que {NOM} a reçu des soins d'un prestataire de santé, dans une pharmacie ou d'un praticien traditionnel sans passer la nuit dans un établissement de santé ?	La derniere fois que {NOM} a reçu des soins, est-ce que de l'argent a été dépensé ?	CIRCLE LINE NUMBER OF HOUSE-HOLD MEMBER ELIGIBLE FOR OUT-PATIENT MODULE. CHECK COLUMN 24: CODE '1' 'YES' CIRCLED.
Y N DK 1 2 8 GO TO 23	01	Y N DK 1 2 8 NEXT LINE	Y N DK 1 2 8 NEXT LINE	01
1 2 8 GO TO 23	02	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	02
1 2 8 GO TO 23	03	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	03
1 2 8 GO TO 23	04	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	04
1 2 8 GO TO 23	05	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	05
1 2 8 GO TO 23	06	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	06
1 2 8 GO TO 23	07	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	07
1 2 8 GO TO 23	08	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	08
1 2 8 GO TO 23	09	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	09
1 2 8 GO TO 23	10	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	10

COLUMNS TO ADD TO HOUSEHOLD SCHEDULE:

INPATIENT		OUTPATIENT		
21	**22**	**23**	**24**	**25**
Au cours des six derniers mois, est-ce que {NOM} a été hospitalisé dans un établissement de santé ?	CIRCLE LINE NUMBER OF HOUSE-HOLD MEMBER ELIGIBLE FOR IN-PATIENT MODULE. CHECK COLUMN 21: CODE '1' 'YES' CIRCLED.	Dans les quatre dernières semaines, est-ce que {NOM} a reçu des soins d'un prestataire de santé, dans une pharmacie ou d'un praticien traditionnel sans passer la nuit dans un établissement de santé ?	La derniere fois que {NOM} a reçu des soins, est-ce que de l'argent a été dépensé ?	CIRCLE LINE NUMBER OF HOUSE-HOLD MEMBER ELIGIBLE FOR OUT-PATIENT MODULE. CHECK COLUMN 24: CODE '1' 'YES' CIRCLED.
Y N DK 1 2 8 GO TO 23	11	Y N DK 1 2 8 NEXT LINE	Y N DK 1 2 8 NEXT LINE	11
1 2 8 GO TO 23	12	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	12
1 2 8 GO TO 23	13	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	13
1 2 8 GO TO 23	14	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	14
1 2 8 GO TO 23	15	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	15
1 2 8 GO TO 23	16	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	16
1 2 8 GO TO 23	17	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	17
1 2 8 GO TO 23	18	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	18
1 2 8 GO TO 23	19	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	19
1 2 8 GO TO 23	20	1 2 8 NEXT LINE	1 2 8 NEXT LINE	20

201	CHECK COLUMN 22 IN HOUSEHOLD SCHEDULE: ONE OR MORE INPATIENTS ☐ ↓ NO INPATIENTS ☐ → 301
202	VÉRIFIER LA COLONNE 22 DANS LE TABLEAU MÉNAGE : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE MEMBRE DU MÉNAGE QUI A ÉTÉ HOSPITALISÉ, PUIS DEMANDER : Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur les membres du ménage qui ont passé une nuit dans un établissement de santé au cours des six derniers mois. (S'IL Y A PLUS DE TROIS

		INPATIENT	INPATIENT	INPATIENT
203	LINE NUMBER FROM COLUMN 22 IN HOUSEHOLD SCHEDULE	LINE NUMBER	LINE NUMBER	LINE NUMBER . . . . .
204	NAME FROM COLUMN 2 IN HOUSEHOLD SCHEDULE	NAME _____	NAME _____	NAME _____
205 (1)	Où {NOM} a-t-il/elle été hospitalisé la dernière fois pour des soins de santé ?	**PUBLIC SECTOR** GOVT. HOSPITAL . . 21 GOVT. HEALTH CENTER . . . . . 22 GOVT. HEALTH POST . . . . . 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) **PVT. MEDICAL SECTOR** PVT. HOSPITAL/ CLINIC . . . . . 31 OTHER PRIVATE MED. SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY)	**PUBLIC SECTOR** GOVT. HOSPITAL . . 21 GOVT. HEALTH CENTER . . . . . 22 GOVT. HEALTH POST . . . . . 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) **PVT. MEDICAL SECTOR** PVT. HOSPITAL/ CLINIC . . . . . 31 OTHER PRIVATE MED. SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY)	**PUBLIC SECTOR** GOVT. HOSPITAL . . 21 GOVT. HEALTH CENTER . . . . . 22 GOVT. HEALTH POST . . . . . 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) **PVT. MEDICAL SECTOR** PVT. HOSPITAL/ CLINIC . . . . . 31 OTHER PRIVATE MED. SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY)
206	Pour quelle raison principale, [NOM] a-t-il/elle recherché des soins de santé cette dernière fois ?	PREGNANCY/ DELIVERY . . . . . 01 ILLNESS . . . . . 02 ACCIDENT/INJURY . . . . . 03 OTHER _____ 06 (SPECIFY) DON'T KNOW 08	PREGNANCY/ DELIVERY . . . . . 01 ILLNESS . . . . . 02 ACCIDENT/INJURY . . . . . 03 OTHER _____ 06 (SPECIFY) DON'T KNOW 08	PREGNANCY/ DELIVERY . . . . . 01 ILLNESS . . . . . 02 ACCIDENT/INJURY . . . . . 03 OTHER _____ 06 (SPECIFY) DON'T KNOW 08
207	Combien d'argent a été dépensé pour le traitement et les services que [NOM] a reçus pendant l'hospitalisation la plus récente ? Nous voulons connaitre tous les coûts du séjour, y compris les frais d'analyse de laboratoire,	COST NO COST/ FREE . . . . . 0000 IN KIND ONLY . . . . . 9995 DON'T KNOW 9998	COST NO COST/ FREE . . . . . 0000 IN KIND ONLY . . . . . 9995 DON'T KNOW 9998	COST NO COST/ FREE . . . . . 0000 IN KIND ONLY . . . . . 9995 DON'T KNOW 9998
208	Au cours des six derniers mois, est-ce que [NOM] a passé, une autre fois, une nuit dans un établissement de	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 → (GO TO 218)	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 → (GO TO 218)	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 → (GO TO 218)

	NAME FROM COLUMN 2 IN HOUSEHOLD SCHEDULE	INPATIENT NAME _____	INPATIENT NAME _____	INPATIENT NAME _____
209 (1)	L'avant-dernière fois que [NOM] a passé la nuit pour des soins de santé, où est-il/elle resté ?	**PUBLIC SECTOR** GOVT. HOSPITAL . . 21 GOVT. HEALTH CENTER . . . . . 22 GOVT. HEALTH POST . . . . . 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) **PVT. MEDICAL SECTOR** PVT. HOSPITAL/ CLINIC . . . . . 31 OTHER PRIVATE MED. SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY)	**PUBLIC SECTOR** GOVT. HOSPITAL . . 21 GOVT. HEALTH CENTER . . . . . 22 GOVT. HEALTH POST . . . . . 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) **PVT. MEDICAL SECTOR** PVT. HOSPITAL/ CLINIC . . . . . 31 OTHER PRIVATE MED. SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY)	**PUBLIC SECTOR** GOVT. HOSPITAL . . 21 GOVT. HEALTH CENTER . . . . . 22 GOVT. HEALTH POST . . . . . 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) **PVT. MEDICAL SECTOR** PVT. HOSPITAL/ CLINIC . . . . . 31 OTHER PRIVATE MED. SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY)
210	L'avant-dernière fois, pour quelle raison principale [NOM] a t-il recherché des soins de santé ?	PREGNANCY/ DELIVERY . . . . . 01 ILLNESS . . . . . 02 ACCIDENT/INJURY . . . . . 03 OTHER _____ 06 (SPECIFY) DON'T KNOW 08	PREGNANCY/ DELIVERY . . . . . 01 ILLNESS . . . . . 02 ACCIDENT/INJURY . . . . . 03 OTHER _____ 06 (SPECIFY) DON'T KNOW 08	PREGNANCY/ DELIVERY . . . . . 01 ILLNESS . . . . . 02 ACCIDENT/INJURY . . . . . 03 OTHER _____ 06 (SPECIFY) DON'T KNOW 08
211	Ccombien d'argent a été dépensé pour le traitement et les services que [NOM] a reçus pendant l'avant-dernière hospitalisation ? Nous voulons connaitre tous les coûts du séjour, y compris les frais d'analyse de laboratoire, de médicamants ou d'autres frais.	COST NO COST/ FREE . . . . . 0000 IN KIND ONLY . . . . . 9995 DON'T KNOW 9998	COST NO COST/ FREE . . . . . 0000 IN KIND ONLY . . . . . 9995 DON'T KNOW 9998	COST NO COST/ FREE . . . . . 0000 IN KIND ONLY . . . . . 9995 DON'T KNOW 9998
212	À part les deux séjours dont vous m'avez parlé, est-ce qu'au cours des six derniers mois, [NOM] a passé, une autre fois, une nuit dans un établissement de santé ?	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 (GO TO 218)	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 (GO TO 218)	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 (GO TO 218)

	NAME FROM COLUMN 2 IN HOUSEHOLD SCHEDULE	INPATIENT NAME _____	INPATIENT NAME _____	INPATIENT NAME _____
213 (1)	L'avant- avant- dernière fois que [NOM] a passé la nuit dans un établissement de santé pour des soins, où est-il/elle resté ?	**PUBLIC SECTOR** GOVT. HOSPITAL . . 21 GOVT. HEALTH CENTER . . . . . 22 GOVT. HEALTH POST . . . . . 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) **PVT. MEDICAL SECTOR** PVT. HOSPITAL/ CLINIC . . . . . 31 OTHER PRIVATE MED. SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY)	**PUBLIC SECTOR** GOVT. HOSPITAL . . 21 GOVT. HEALTH CENTER . . . . . 22 GOVT. HEALTH POST . . . . . 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) **PVT. MEDICAL SECTOR** PVT. HOSPITAL/ CLINIC . . . . . 31 OTHER PRIVATE MED. SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY)	**PUBLIC SECTOR** GOVT. HOSPITAL . . 21 GOVT. HEALTH CENTER . . . . . 22 GOVT. HEALTH POST . . . . . 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) **PVT. MEDICAL SECTOR** PVT. HOSPITAL/ CLINIC . . . . . 31 OTHER PRIVATE MED. SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY)
214	L'avant-avant-dernière fois, pour quelle raison principale [NOM] a t-il recherché des soins de santé ?	PREGNANCY/ DELIVERY . . . . . 01 ILLNESS . . . . . 02 ACCIDENT/INJURY . . . . . 03 OTHER _____ 06 (SPECIFY) DON'T KNOW 08	PREGNANCY/ DELIVERY . . . . . 01 ILLNESS . . . . . 02 ACCIDENT/INJURY . . . . . 03 OTHER _____ 06 (SPECIFY) DON'T KNOW 08	PREGNANCY/ DELIVERY . . . . . 01 ILLNESS . . . . . 02 ACCIDENT/INJURY . . . . . 03 OTHER _____ 06 (SPECIFY) DON'T KNOW 08
215	Combien d'argent a été dépensé pour le traitement et les services que [NOM] a reçus pendant l'avant-avant-dernière hospitalisation ? Nous voulons connaitre tous les coûts du séjour, y compris les frais d'analyse de laboratoire, de médicaments	COST [ ][ ][ ][ ] NO COST/ FREE . . . . . 0000 IN KIND ONLY . . . . . 9995 DON'T KNOW 9998	COST [ ][ ][ ][ ] NO COST/ FREE . . . . . 0000 IN KIND ONLY . . . . . 9995 DON'T KNOW 9998	COST [ ][ ][ ][ ] NO COST/ FREE . . . . . 0000 IN KIND ONLY . . . . . 9995 DON'T KNOW 9998
216	À part les trois séjours dont vous m'avez parlé, est-ce qu'au cours des six derniers mois, [NOM] a passé, une autre fois, une nuit dans un établissement de santé ?	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 (GO TO 218) ←	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 (GO TO 218) ←	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 (GO TO 218) ←
217	Au total, au cours des six derniers mois, combien de fois [NOM] est-il resté la nuit dans un établissement de santé ?	NUMBER OF INPATIENT VISITS [ ][ ]	NUMBER OF INPATIENT VISITS [ ][ ]	NUMBER OF INPATIENT VISITS [ ][ ]

	NAME FROM COLUMN 2 IN HOUSEHOLD SCHEDULE	INPATIENT NAME _____	INPATIENT NAME _____	INPATIENT NAME _____
218	Est-ce que [NOM] est couvert par une assurance médicale ?	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 (SKIP TO 220) ← DON'T KNOW 8	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 (SKIP TO 220) ← DON'T KNOW 8	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 (SKIP TO 220) ← DON'T KNOW 8
219 (2)	Quel est le type principal d'assurance médicale de [NOM] ?	MUTUAL HEALTH ORGANIZATION/ COMMUNITY-BASED HEALTH INSURANCE . . . . . 1 HEALTH INSURANCE THROUGH EMPLOYER . . . . . 2 SOCIAL SECURITY . . . . . 3 OTHER PRIVATELY PURCHASED COMMERCIAL HEALTH INSURANCE . . . . . 4 OTHER . . . . . 6 DON'T KNOW 8	MUTUAL HEALTH ORGANIZATION/ COMMUNITY-BASED HEALTH INSURANCE . . . . . 1 HEALTH INSURANCE THROUGH EMPLOYER . . . . . 2 SOCIAL SECURITY . . . . . 3 OTHER PRIVATELY PURCHASED COMMERCIAL HEALTH INSURANCE . . . . . 4 OTHER . . . . . 6 DON'T KNOW 8	MUTUAL HEALTH ORGANIZATION/ COMMUNITY-BASED HEALTH INSURANCE . . . . . 1 HEALTH INSURANCE THROUGH EMPLOYER . . . . . 2 SOCIAL SECURITY . . . . . 3 OTHER PRIVATELY PURCHASED COMMERCIAL HEALTH INSURANCE . . . . . 4 OTHER . . . . . 6 DON'T KNOW 8
220		GO BACK TO 205 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE INPATIENTS, GO TO 301	GO BACK TO 205 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE INPATIENTS, GO TO 301	GO TO 205 IN FIRST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE INPATIENTS, GO TO 301

SELECTION FOR OUTPATIENT HEALTH EXPENDITURES (PAPER OPTION) [3]

301 CHECK COLUMN 25:

ONE OR MORE ELIGIBLE OUTPATIENTS ☐ ↓

NO ELIGIBLE OUTPATIENTS ☐ → 311

TABLE FOR SELECTION OF OUTPATIENT WHO PAID FOR CARE THE LAST TIME SOUGHT CARE IN THE LAST FOUR WEEKS

LOOK AT THE LAST DIGIT OF THE HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE SERIAL NUMBER ON THE COVER PAGE. THIS IS THE ROW NUMBER YOU SHOULD GO TO. CHECK THE TOTAL NUMBER OF ELIGIBLE OUTPATIENTS (COLUMN 25) IN THE HOUSEHOLD SCHEDULE. THIS IS THE COLUMN NUMBER YOU SHOULD GO TO. FOLLOW THE SELECTED ROW AND COLUMN TO THE CELL WHERE THEY MEET AND CIRCLE THE NUMBER IN THE CELL. THIS IS THE NUMBER OF THE PERSON SELECTED FOR THE OUTPATIENT QUESTIONS FROM THE LIST OF ELIGIBLE OUTPATIENTS IN COLUMN 25 OF THE HOUSEHOLD SCHEDULE. WRITE THE NAME AND LINE NUMBER OF THE SELECTED OUTPATIENT IN Q302.

EXAMPLE: THE HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE SERIAL NUMBER IS '716' AND THE HOUSEHOLD SCHEDULE COLUMN 25 SHOWS THAT THERE ARE THREE ELIGIBLE OUTPATIENTS IN THE HOUSEHOLD (LINE NUMBERS 02, 04, AND 05). SINCE THE LAST DIGIT OF THE HOUSEHOLD SERIAL NUMBER IS '6' GO TO ROW '6' AND SINCE THERE ARE THREE ELIGIBLE OUTPATIENTS IN THE HOUSEHOLD, GO TO COLUMN '3'. FOLLOW THE ROW AND COLUMN AND FIND THE NUMBER IN THE CELL WHERE THEY MEET ('2') AND CIRCLE THE NUMBER. NOW GO TO THE HOUSEHOLD SCHEDULE AND FIND THE SECOND OUTPATIENT WHO IS ELIGIBLE FOR THE OUTPATIENT QUESTIONS (LINE NUMBER '04' IN THIS EXAMPLE). WRITE THE NAME AND LINE NUMBER OF THE SELECTED OUTPATIENT IN Q302.

LAST DIGIT OF THE HOUSE-HOLD QUESTION-NAIRE SERIAL NUMBER	TOTAL NUMBER OF ELIGIBLE OUTPATIENTS IN HOUSEHOLD SCHEDULE COLUMN 25							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

302

NAME OF SELECTED OUTPATIENT _____

HH LINE NUMBER OF SELECTED OUTPATIENT ☐☐

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
303 (1)	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les soins de santé que [NOM A 302] a reçus dans les quatre dernières semaines, sans qu'il ait passé la nuit dans l'établissement de santé. La dernière fois que [Nom] a eu des soins de santé sans qu'il ait passé la nuit dans l'établissement de santé, où est-il/elle allé ?	**PUBLIC SECTOR** GOVERNMENT HOSPITAL . . . . . 21 GOVERNMENT HEALTH CENTER . . . . . 22 GOVERNMENT HEALTH POST . . . . . 23 MOBILE CLINIC . . . . . 24 FIELDWORKER/CHW . . . . . 25 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) **PRIVATE MEDICAL SECTOR** PRIVATE HOSPITAL/CLINIC . . . . . 31 PHARMACY . . . . . 32 PRIVATE DOCTOR 33 MOBILE CLINIC . . . . . 34 FIELDWORKER/CHW . . . . . 35 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER SOURCE SHOP . . . . . 41 TRADITIONAL PRACTITIONER . . . . . 42 OTHER _____ 46 (SPECIFY)	
304	Combien d'argent a été dépensé pour le traitement ou les services que [NOM} a reçus du [NOM DU PRESTATAIRE A 303] ? Incluez les frais de consultation et toutes les autres dépenses comme les médicaments et les analyses.	COST . . . . . [ ][ ][ ][ ][ ] DON'T KNOW 99998	
305	Pour quelle raison principale, [NOM] a t-il recherché des soins de santé cette dernière fois ?	FAMILY PLANNING . . . . . 01 ANTENATAL CARE/ DELIVERY/ POSTNATAL CARE . . . . . 02 MALARIA . . . . . 03 FEVER . . . . . 04 DIARRHEA . . . . . 05 HIV/AIDS/STD . . . . . 06 OTHER ILLNESS . . . . . 07 CHECK-UP/ PREVENTIVE CARE . . . . . 08 ACCIDENT/INJURY . . . . . 09 VACCINATION . . . . . 10 OTHER _____ 96 (SPECIFY)	
306	Au cours des quatre dernières semaines, est-ce que {NOM} a reçu, une autre fois, des soins d'un prestataire de santé, d'une pharmacie ou d'un praticien	YES . . . . . 1 NO 2	→ 309
307	Au cours des quatre dernières semaines, combien d'autres fois [NOM] a-t-il/elle eu des soins de santé ?	NUMBER OF OUTPATIENT VISITS . . . . . [ ][ ]	
308	Combien de fois de l'argent a-t-il été dépensé ?	NUMBER OF OUTPATIENT VISITS PAID MONEY . . . . . [ ][ ]	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
309	Est-ce que [NOM] est couvert par une assurance médicale ?	YES . . . . . 1 NO . . . . . 2 DON'T KNOW 8	→ 311
310 (2)	Quel est le type principal d'assurance médicale de [NOM] ?	MUTUAL HEALTH ORGANIZATION/ COMMUNITY-BASED HEALTH INSURANCE . . . . . 1 HEALTH INSURANCE THROUGH EMPLOYER . . . . . 2 SOCIAL SECURITY . . . . . 3 OTHER PRIVATELY PURCHASED COMMERCIAL HEALTH INSURANCE . . . . . 4 OTHER . . . . . 6 DON'T KNOW 8	
311	Il arrive parfois que les gens achètent des vitamines, des médicaments et des herbes médicinales sans consulter un prestataire de santé, un pharmacien ou un guérisseur traditionnel. On peut aussi acheter d'autres fournitures médicales comme des pansements, des platres, des thermomètres ou autre équipement médical sans passer par une consultation. Dans les quatre dernières semaines, combien d'argent	COST . . . . . [ ][ ][ ][ ][ ] NONE . . . . . 00000 IN KIND ONLY . . . . . 99995 DON'T KNOW 99998	

HEALTH EXPENDITURES: FOOTNOTES

(1) Coding categories to be developed locally; however the broad categories must be maintained. Additions to the codes under the private medical sector heading may include religious affiliated sources and NGO sources
(2) If a health service prepayment or other types of plans are available in the country, add those types of plans to the question.
(3) If the survey will be conducted using paper questionnaires, retain “SELECTION FOR OUTPATIENT HEALTH EXPENDITURES”. If the survey will be conducted using CAPI, delete the “SELECTION FOR OUTPATIENT HEALTH EXPENDITURES”, because the selection will be done automatically.